

Características clínicas y desenlaces en pacientes hospitalizados por brotes severos de colitis ulcerosa: experiencia de cuatro años

Ongay, Joaquín¹; Guidarelli, Giuliana^{1,2}; Lloret, María Laura^{1,2}; Viñuela, Andrea Carolina^{1,2}; Gisbert, Patricia^{1,2}; Fernández, Matías^{1,2}; Salomón, Susana^{1,2}; Salvatore, Adrián^{1,2}

¹ Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

² Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas.

Correo electrónico de contacto: ongayjoaquin7@gmail.com

Recibido: 6 de abril de 2026 – Aceptado: 5 de junio de 2026

Resumen

Objetivos: Describir características poblacionales en una serie de casos de brotes severos de colitis ulcerosa (BSCU) e identificar factores asociados a corticorrefractoriedad y/o complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo de episodios de BSCU internados en el Hospital Lagomaggiore, Mendoza, entre 2021 y 2025. El BSCU se definió según los criterios de Truelove y Witts.

Resultados: BSCU 18, mujeres 11 (61%), edad 35.89±13.83 años. Exposición previa a corticoides 11 (61.1%). Comórbidas más frecuentes: exposición al tabaco no actual 7 (38.9%), actual 1 (5.6%), desnutrición/bajo peso 4 (22.2%), sobrepeso/obesidad 3 (16.7%) y psoriasis 1 (5.56%). Laboratorio: Mediana de Hb 10 g/dL (RIC 8.0–12.8), proteína C reactiva (PCR) 65.1 mg/L (RIC 18.6–144), Albúmina 31 g/L (RIC 27–35), VSG 34 mm/h (RIC 25–58.2). PCR al 3er día ≥45 mg/L 3 (16.7%), observada exclusivamente en pacientes corticorrefractorios. Extensión endoscópica: pancolitis 11 (61.1%), izquierda 6 (33.3%), no aclarado 1 (5.6%). Complicaciones: megacolon 2 (11.1%), colectomía 2 (11.1%), mortalidad: 1 (5.6%) todos ellos con pancolitis. Corticorrefractoriedad: 8 (44.4%), infección por CMV: 5 (27.8%), infección por *Clostridium difficile*: 4 (22.2%). Al comparar el grupo de pacientes corticorrefractorios 8 (44.4%) vs no corticorrefractorios 10 (55.6%) se evidenció la presencia de infección por CMV 4 (50%) vs 1 (10%) p 0.12, valor de PCR al 3er día ≥45 mg/L 3 (37.5%) vs 0 (0%) p 0.09, una relación PCR/albúmina (RPA) al primer día ≥0.6: 8 (100%) vs 4 (40%) p 0.013, y la RPA al tercer día ≥0.85: 6 (75%) vs 2 (20%) p 0.054.

Conclusiones: En nuestra muestra de BSCU predominaron mujeres con bajo peso y exposición previa a corticoides. Se observó una asociación significativa entre corticorrefractoriedad y RPA ≥0.6 al ingreso. Asimismo, se identificó una tendencia hacia mayor corticorrefractoriedad

en pacientes con infección por CMV, PCR ≥45 mg/L al tercer día y RPA ≥0.85 al tercer día.

Palabras clave: Colitis Ulcerosa, PCR, Infección por CMV, Colectomía.

Abstract

Objectives: To describe population characteristics in a case series of acute severe ulcerative colitis (ASUC) and to identify factors associated with steroid-refractoriness and/or complications.

Materials and methods: Retrospective, observational, descriptive and comparative study of ASUC episodes hospitalized at Lagomaggiore Hospital, Mendoza, between 2021 and 2025. ASUC was defined according to Truelove and Witts criteria.

Results: Eighteen ASUC cases, 11 female (61%), age 35.89±13.83 years. Previous corticosteroid exposure 11 (61.1%). Most frequent comorbidities: former tobacco exposure 7 (38.9%), current 1 (5.6%), malnutrition/underweight 4 (22.2%), overweight/obesity 3 (16.7%), and psoriasis 1 (5.56%). Laboratory: Median Hb 10 g/dL (IQR 8.0–12.8), C-reactive protein (CRP) 65.1 mg/L (IQR 18.6–144), Albumin 31 g/L (IQR 27–35), ESR 34 mm/h (IQR 25–58.2). CRP on day 3 ≥45 mg/L 3 (16.7%), observed exclusively in steroid-refractory patients. Endoscopic extent: pancolitis 11 (61.1%), left-sided 6 (33.3%), unspecified 1 (5.6%). Complications: megacolon 2 (11.1%), colectomy 2 (11.1%), mortality 1 (5.6%), all of them with pancolitis. Steroid-refractoriness: 8 (44.4%), CMV infection: 5 (27.8%), *Clostridium difficile* infection: 4 (22.2%). When comparing steroid-refractory patients 8 (44.4%) vs non-refractory 10 (55.6%), CMV infection was observed in 4 (50%) vs 1 (10%) p 0.12, CRP on day 3 ≥45 mg/L 3 (37.5%) vs 0 (0%) p 0.09, CRP/albumin ratio (CAR) on day 1 ≥0.6: 8 (100%) vs 4 (40%) p 0.013, and CAR on day 3 ≥0.85: 6 (75%) vs 2 (20%) p 0.054.

Conclusions: In our ASUC sample, women with low body weight and prior corticosteroid exposure predominated. A significant association was observed between steroid-refractoriness and CAR ≥ 0.6 at admission. Furthermore, a trend toward increased steroid-refractoriness was identified in patients with CMV infection, CRP ≥ 45 mg/L on day 3, and CAR ≥ 0.85 on day 3.

Keywords: Ulcerative Colitis, C-Reactive Protein, Cytomegalovirus Infections, Colectomy.

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica caracterizada por inflamación difusa de la mucosa colónica desde el recto hacia proximal, afectando individuos de cualquier edad. En Latinoamérica hay una prevalencia que va de 58.9 a 76.1 cada 100.000 habitantes y existe un notable aumento de la incidencia y consecuente prevalencia de la EII en los últimos años en Argentina.¹ Se manifiesta con un curso clínico marcado por brotes y remisiones. Entre estos, el brote severo de colitis ulcerosa (BSCU) representa una urgencia médica que ocurre en aproximadamente el 15% de los pacientes a lo largo de la enfermedad.^{1,2} Se define clásicamente según los criterios de Truelove y Witts, que incluyen ≥ 6 deposiciones con sangre al día asociadas a signos de toxicidad sistémica (fiebre, taquicardia, anemia o VSG elevada)³. Los factores que se han asociado a un curso grave de la CU son la extensión de la enfermedad, la edad en el momento del diagnóstico y una respuesta incompleta al tratamiento con 5-ASA y esteroides.⁴

El tratamiento de elección es la corticoterapia intravenosa, aunque hasta un 30–40% de los pacientes son corticorrefractarios, requiriendo terapia de rescate con infliximab o ciclosporina, o colectomía.³ Por ello, identificar predictores precoces de respuesta a corticoides es esencial para decidir de manera temprana estrategias terapéuticas.

La hipoalbuminemia y los niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) se asocian particularmente con una mayor actividad de la enfermedad. Estos indicadores también se relacionan con la falta de respuesta a la corticoterapia, a las terapias de rescate con fármacos como anti TNF y a un mayor riesgo de colectomía.⁵

En Argentina existen pocos reportes sobre la caracterización clínica y evolución de pacientes con BSCU, en particular con análisis de biomarcadores simples aplicables en hospitales públicos. Este trabajo describe una serie de 18 casos de pacientes hospitalizados en un centro de referencia en Mendoza, con el objetivo de identificar factores asociados a corticorrefractoriedad y complicaciones graves.

Material y métodos

Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo de episodios de BSCU de pacientes internados en el Hospital Lagomaggiore, Mendoza, durante un período comprendido entre 2021 y 2025.

Se definió a BSCU según los criterios de Truelove y Witts, que requiere la presencia de ≥ 6 deposiciones diarias con sangre y al menos uno de los siguientes signos de toxicidad sistémica: fiebre $> 37,8$ °C, taquicardia > 90 lpm, hemoglobina (Hb) $< 10,5$ g/dL o VSG > 30 mm/h.

Se consideró corticorrefractoriedad a la falta de respuesta a corticoides cuando al día 3 a 5 de tratamiento no se evidenció mejoría clínica significativa, requiriéndose terapia de rescate médica o colectomía durante la hospitalización en pacientes con BSCU.⁶

La hipoalbuminemia fue definida con un valor < 30 g/L.

Análisis estadístico: se emplearon medidas de tendencia central y dispersión. Para comparaciones, χ^2 o exacta de Fisher para variables categóricas, y t de Student (o U de Mann-

Whitney si no normalidad) para continuas. Se consideró $\alpha < 0,05$.

Resultados

Se presentaron 18 casos de BSCU, de los cuales fueron mujeres 11 (61%), con una edad media de 35.89 ± 13.83 años. La mediana de estadía hospitalaria fue de 9 días (RIC 7–21.8). Los motivos de consulta más frecuentes referidos: diarrea sanguinolenta 10 (55.6%), dolor abdominal 5 (27.8%), hematoquezia 3 (16.7%). Se presentaron como debut de enfermedad 6 (33.3%). Contaban con exposición previa a corticoides 11 (61.1%). Las comórbidas más frecuentes fueron: exposición al tabaco no actual 7 (38.9%), actual 1 (5.6%), desnutrición/bajo peso 4 (22.2%), sobrepeso/obesidad 3 (16.7%) y psoriasis 1 (5.56%). En cuanto a los hallazgos de laboratorio, se evaluaron las medianas de: Hb 10 g/dL (RIC 8.0–12.8), proteína C reactiva (PCR) 65.1 mg/L (RIC 18.6–144), Albúmina 31 g/L (RIC 27–35), VSG 34 mm/h (RIC 25–58.2). Tenían un valor de PCR al 3er día ≥ 45 mg/L 3 (16.7%), todos ellos fueron corticorrefractarios, y necesitaron terapia de rescate. La extensión endoscópica observada fue: pancolitis 11 (61.1%), izquierda 6 (33.3%), no aclarado 1 (5.6%). Complicaciones: megacolon 2 (11.1%), colectomía 2 (11.1%), mortalidad: 1 (5.6%) todos ellos con pancolitis. Corticorrefractoriedad: 8 (44.4%), hiperglucemia: 13 (72.2%), infección por CMV: 5 (27.8%) Infección por *Clostridium difficile*: 4 (22.2%). Al comparar el grupo de pacientes corticorrefractarios 8 (44.4%) vs no corticorrefractarios 10 (55.6%) se evidenció la presencia de infección por CMV 4 (50%) vs 1 (10%) $p = 0.12$, tenían hipoalbuminemia al ingreso 5 (62.5%) vs 2 (20%) $p = 0.15$, un valor de PCR al 3er día ≥ 45 mg/L en 3 (37.5%) vs 0 (0%) $p = 0.09$, una relación PCR/albúmina (RPA) al primer día ≥ 0.6 : 8 (100%) vs 4 (40%) $p = 0.013$, y la RPA al tercer día ≥ 0.85 : 6 (75%) vs 2 (20%) $p = 0.054$.

Discusión

Los síntomas intestinales de la CU suelen tener un fuerte impacto en la calidad de vida ya que interfieren con las actividades de la vida diaria del paciente. Esta enfermedad es consecuencia de una desregulación de la respuesta inmune de la mucosa colónica de origen multifactorial: genética, ambiental, alimentaria, modificaciones de la microbiota, alteraciones emocionales y uso de medicamentos.^{1,7} Un subgrupo de pacientes con CU se presenta con una actividad de enfermedad moderada a severa, o evoluciona hacia ella. Estos pacientes tienen un alto riesgo de colectomía, hospitalización, corticodependencia e infecciones graves.⁸ El riesgo a lo largo de la vida de presentar una exacerbación severa que requiera hospitalización se estima en un 15%⁹. El índice mejor validado y más ampliamente utilizado para identificar la colitis ulcerosa severa sigue siendo el de Truelove y Witts.³ (Tabla 1)

Las características de nuestra cohorte de 18 pacientes con BSCU, resultan comparables, a los reportados por Dang LM et al. (2024) en una serie de 17 pacientes.¹⁰

Los corticoides intravenosos continúan siendo la base del tratamiento convencional, y el tratamiento que recibieron todos los pacientes de nuestra serie al ingreso, sin embargo, hasta un 40% de los pacientes son corticorrefractarios, frecuencia similar a la observada en nuestra cohorte, requiriendo terapia de rescate. En este subgrupo, es fundamental asegurar que las alternativas terapéuticas para el rescate de la enfermedad refractaria a esteroides (ciclosporina o infliximab) sean consideradas tempranamente (alrededor del tercer día) y que el proceso de toma de decisiones no se retrase ya que los pacientes que permanecen bajo un tratamiento médico ineficaz, presentan una alta morbilidad.³ Contar con predictores fiables de respuesta permitiría evitar continuar con corticoterapia ineficaz, que

además suma efectos no deseados como la hiperglucemia, algo que se observó en más de dos tercios de nuestra serie.⁹

Por lo tanto, es esencial identificar en una etapa temprana a los pacientes con probabilidad de requerir colectomía y decidir el momento adecuado para iniciar una terapia médica de rescate.³

En esta serie, encontramos que varios biomarcadores simples se asociaron al desarrollo de desenlaces adversos. La hipoalbuminemia al ingreso se vinculó a mayor tasa de corticorrefractoriedad, colectomía y mortalidad, sin ser estadísticamente significativo probablemente por el tamaño muestral, pero coincidiendo con lo reportado en la literatura internacional.^{5,11}

La RPA también mostró gran utilidad. Al ingreso, una RPA $\geq 0,6$ se asoció con falta de respuesta a tratamiento con corticoides, en concordancia con lo descrito por Sayar et al. como marcador de brote severo.⁵

Al analizar la RPA al día 3 con el punto de corte $\geq 0,85$, hubo una tendencia a mayor corticorrefractoriedad (75% vs 20%, $p=0,054$), consistente con lo publicado por Gibson et al., quienes propusieron este umbral como predictor temprano de falla a corticoides.¹¹

La utilidad de la RPA posee un fundamento fisiopatológico sólido. La PCR refleja la intensidad de la respuesta inflamatoria sistémica mediada principalmente por IL-6, mientras que la albúmina disminuye como reactante negativo de fase aguda y por pérdida proteica de intestino grueso. La combinación de ambos parámetros, integraría carga inflamatoria y estado nutricional, lo que podría explicar su asociación con corticorrefractoriedad y desenlaces adversos.^{5,11}

El análisis de la PCR >45 mg/L al día 3 mostró tendencia a falta de respuesta a corticoides, en línea con el Índice de Oxford (≥ 8 deposiciones/día o 3–8 con PCR >45 mg/L al día 3), que predice una

alta probabilidad de colectomía si no se cambia la estrategia terapéutica.²

En cuanto a la extensión de la enfermedad, los pacientes con pancolitis presentaron más resistencia al tratamiento comparado con aquellos con colitis izquierda. Además, los dos casos de colectomía y el único caso de mortalidad en nuestra muestra ocurrieron en el grupo de pancolitis. Aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística, es concordante con estudios poblacionales que identifican a la colitis extensa como factor de riesgo de colectomía.¹²

Las coinfecciones, especialmente el CMV, también se observaron con mayor frecuencia en pacientes corticorrefractorios, hallazgo que concuerda con la literatura y las guías ECCO que recomiendan su búsqueda sistemática en BSCU refractario.^{3,13}

Este estudio presenta limitaciones propias de una serie de casos unicéntrica y con tamaño muestral reducido, lo cual limita la potencia estadística y explica que varias asociaciones no alcanzaran significación. La naturaleza retrospectiva expone además a sesgos de selección y de información. La baja prevalencia de la enfermedad y por ende, el bajo número de eventos impidió la realización de análisis multivariados destinados a controlar potenciales factores de confusión. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse como asociaciones exploratorias generadoras de hipótesis, que requieren validación en cohortes prospectivas y multicéntricas de mayor tamaño.

Conclusiones

Nuestra serie de BSCU remarca la utilidad de biomarcadores simples y accesibles para el abordaje de estos pacientes durante la internación, promoviendo el inicio de tratamiento de rescate en aquellos que sea necesario para evitar futilidad terapéutica y eventos adversos. Se observó una asociación significativa entre

corticorretractariedad y RPA ≥ 0.6 al ingreso. Asimismo, se identificó una tendencia hacia mayor corticorretractariedad en pacientes con infección por CMV, PCR ≥ 45 mg/L al tercer día y RPA ≥ 0.85 al tercer día. Por otra parte, todas las complicaciones graves observadas (megacolon, colectomía y mortalidad) ocurrieron en pacientes

con pancolitis, sugiriendo una posible asociación entre mayor extensión endoscópica y peor evolución clínica.

Conflictos de Intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de interés relacionados con este trabajo.

Tabla 1. Criterios de Truelove y Witts (1955) para la clasificación de la colitis ulcerosa

Criterio	Leve	Moderada	Severa
Número de deposiciones/día	<4	4–6	≥ 6 con sangre
Temperatura (°C)	<37.5	<37.8	>37.8
Frecuencia cardíaca (lpm)	<90	<90	>90
Hemoglobina (g/dL)	>11.5	≥ 10.5	<10.5
VSG (mm/h)	<20	<30	>30

CU leve: deposiciones <4, sin compromiso sistémico;

CU moderada: síntomas intermedios;

CU severa: ≥ 6 deposiciones sanguinolentas/día con al menos un signo de toxicidad sistémica (fiebre, taquicardia, anemia o VSG >30 mm/h).

Referencias bibliográficas

1. Fuxman C, Sicilia B, Linares ME, García-López S, González Sueyro R, González-Lama Y, et al. GADECCU 2022 Guideline for the treatment of Ulcerative Colitis. Adaptation and updating of the GETECCU 2020 Guideline. *Gastroenterol Hepatol*. 2023;46(Suppl 1): S1-S56. doi:10.1016/j.gastrohep.2023.01.009.
2. Travis SPL, Farrant JM, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG, et al. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut*. 1996;38(6):905-10. doi: 10.1136/gut.38.6.905.
3. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis*. 2017;11(7):769-84. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx009.
4. Aceituno M, Zabana Y, Esteve M. Tratamiento del brote grave de colitis ulcerosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2014;37(8):471-479. doi:10.1016/j.gastrohep.2014.05.005.
5. Sayar S, Kurbuz K, Kahraman R, Caliskan Z, Atalay R, Ozturk O, et al. A practical marker to figuring out acute severe ulcerative colitis: CRP/albumin ratio. *North Clin Istanb*. 2020;7(1):49-55. doi: 10.14744/nci.2018.78800. PMID: 32232203; PMCID: PMC7103752.
6. Vuyyuru SK, Alphonsus L, De Silva TA, Solitano V, Guizzetti L, Ponich T, Beaton M, Gregor J, Yan B, Sey M, Jairath V. Day 3 Oxford criteria predict steroid non-response for acute severe ulcerative colitis in the post biologic era. *J Crohns Colitis*. 2025 Sep 28;19(9):jjaf131. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae187. PMID: 40680157; PMCID: PMC12492213.
7. Lauricella S, Brucchi F, Cavalcoli F, Rausa E, Cassini D, Miccini M, Vitellaro M, Ciocchi R, Costa G. Current Management of Acute Severe Ulcerative Colitis: New

- Insights on the Surgical Approaches. *J Pers Med*. 2024 May 28;14(6):580. doi: 10.3390/jpm14060580. PMID: 38929801; PMCID: PMC11204779.
8. Singh S, Allegretti JR, Siddique SM, Terdiman JP. AGA Technical Review on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. 2020 Apr;158(5):1465-1496.e17. doi: 10.1053/j.gastro.2020.01.007. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31945351; PMCID: PMC7117094.
 9. Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, Griffiths AM. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007 Jan;5(1):103-10. doi: 10.1016/j.cgh.2006.09.033. Epub 2006 Dec 4. PMID: 17142106.
 10. Dang LM, Dinh TH, Huynh TM, Nguyen CD, Trinh TTT, Bui HH. Clinical profile and short-term outcomes of acute severe ulcerative colitis in Vietnam: insights from a resource-limited setting. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2024 Oct;28(19):4328-4338. doi: 10.26355/eurrev_202410_36827. PMID: 39436078.
 11. Gibson DJ, Hartery K, Doherty J, Nolan J, Keegan D, Byrne K, Martin ST, Buckley M, Sheridan J, Horgan G, Mulcahy HE, Cullen G, Doherty GA. CRP/Albumin Ratio: An Early Predictor of Steroid Responsiveness in Acute Severe Ulcerative Colitis. *J Clin Gastroenterol*. 2018 Jul;52(6):e48-e52. doi: 10.1097/MCG.0000000000000884. PMID: 28777247.
 12. Solberg IC, Lygren I, Jahnsen J, Aadland E, Høie O, Cvancarova M, Bernklev T, Henriksen M, Sauar J, Vatn MH, Moum B; IBSEN Study Group. Clinical course during the first 10 years of ulcerative colitis: results from a population-based inception cohort (IBSEN Study). *Scand J Gastroenterol*. 2009;44(4):431-40. doi: 10.1080/00365520802600961. PMID: 19101844.
 13. Huang D, Rennie M, Krasovec A, Nagubandi S, Liu S, Ge E, Khehra B, Au M, Sivagnanam S, Kwan V, Rogge C, Mitrev N, Kariyawasam V. Impact of cytomegalovirus on outcomes in acute severe ulcerative colitis: a retrospective observational study. *Ther Adv Chronic Dis*. 2024 Mar 28;15:20406223241233203. doi: 10.1177/20406223241233203. PMID: 38560721; PMCID: PMC10981253.